

## اولویت بندی عوامل موثر بر سلامت زنان و راه های ارتقا آن: استفاده از تکنیک فرآیند تحلیل سلسله مراتبی

معصومه عرفانی خانقاهی<sup>۱</sup>، سودابه طابری<sup>۲\*</sup>

تاریخ دریافت: ۹۷/۶/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱۴

### مقدمه

سلامت زنان مفهوم وسیعی داشته و عوامل مختلف زیستی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و محیطی بر آن مؤثرند (۱). شواهد تجربی مانند امید به زندگی بالاتر در زنان نظریه زیست‌شناختی راتاید می‌کند. از سوی دیگر، مدل زیست‌روانی - اجتماعی، سلامت زنان را نتیجه تجارب آنها در طی دوره‌های مختلف زندگی و تحت تأثیر عوامل فرهنگی، روان‌شناختی و اجتماعی می‌داند (۲). نظریه‌های رفتاری سبک زندگی را به‌عنوان متغیر اصلی و تعیین‌کننده در تفاوت سلامت بین زن و مرد می‌دانند. برخی نظریه‌های رفتاری معتقدند زنان توان کمتری برای مقابله با استرس و موقعیت‌های تنش‌زا دارند و به همین دلیل بیشتر در معرض بیماری‌های روانی نظیر افسردگی قرار می‌گیرند. تفاوت در زمینه نوع و میزان مشارکت در فعالیتهای اجتماعی نیز به‌عنوان یک عامل رفتاری روی وضعیت سلامتی زنان مؤثر است. فعالیتهای زنان بیشتر در خانه بوده و از پیوندهای اجتماعی کمتری برخوردارند و بیشتر در معرض آسیب‌های روانی و نیز مشکلات جسمانی ناشی از این آسیب‌ها قرار می‌گیرند (۳). در تبیین ذهنی یا فرهنگی سلامت، معنای بیماری یا سلامتی، از ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه، انتظارات و وظایفی که جامعه از او دارد، تأثیر می‌گیرد و افراد بر آن اساس خود را سالم یا بیمار می‌دانند (۳). نظر به اهمیت سلامت زنان و تأثیر آن بر سلامت افراد جامعه، این مطالعه با هدف اولویت‌بندی عوامل مؤثر بر رفتارهای ارتقای سلامت زنان، ارائه مدل تصمیم‌گیری و انتخاب بهترین گزینه برای سیاست‌گذاران، تصمیم‌گیران و برنامه‌ریزان نظام سلامت جهت دستیابی به هدف ارتقاء سلامت زنان صورت گرفت.

### روش پژوهش

در این پژوهش توصیفی - تحلیلی، عوامل مؤثر بر سلامت زنان، بر اساس پیشینه نظری و مدل مفهومی فرمه‌ر (Farmehr) استخراج شد (۲). سپس نظرات پنج تن از خبرگان حوزه سلامت زنان درباره معیارها و گزینه‌های مدل جمع‌آوری و با استفاده از جداول مقایسات زوجی و ارزش‌گذاری لیکرت امتیازدهی و سپس بر اساس مراحل فرایند تصمیم‌گیری سلسله‌مراتبی تحلیل گردید. فرایند تحلیل سلسله‌مراتبی در چهار مرحله انجام شد: مدل‌سازی، قضاوت ترجیحی شاخص‌ها و عوامل (مقایسات زوجی)، محاسبه وزن‌های نسبی، محاسبه سازگاری در قضاوت‌ها، و تصمیم‌گیری چند معیاره گروهی. پس از محاسبه نظر خبره‌ها به‌صورت فردی، به دو روش محاسبه میانگین هندسی و حسابی نظرات خبرگان تلفیق گردید و اولویت‌ها براساس نظرات گروهی مشخص گردید. برای انجام محاسبات از نرم‌افزار Excel استفاده شد.

### نتایج

مدل تصمیم "عوامل موثر در سلامت زنان و راهکارهای ارتقای آن"، که عناصر تصمیم در پنج سطح هستند شامل: (۱) سطح اول شامل هدف اصلی تصمیم‌گیری (ارتقای سلامت زنان)؛ (۲) عوامل اصلی موثر در سلامت؛ (۳) سطح عوامل زیرگروه؛ (۴) سطح اول گزینه‌های تصمیم شامل شیوه‌های مداخله؛ (۵) سطح دوم گزینه‌های تصمیم شامل روش مدیریت سلامت زنان ترسیم شد. نتایج ضریب وزنی نظرات خبره‌ها برای کلیه شاخص‌ها در سطح اول و دوم نشان داد از بین عوامل چهارگانه اصلی؛ عوامل فردی و زیرگروه شیوه زندگی با بیشترین وزن در اولویت اول، عوامل خانوادگی و زیرگروه روابط خانوادگی در اولویت دوم، عوامل زیربنایی و زیرگروه بارورها و اعتقادات در اولویت سوم قرار دارند (جدول ۱).

۱- استادیارگروه مدیریت آموزشی، دانشکده مدیریت و حسابداری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یادگار امام خمینی (ره) شهرری، تهران، ایران

۲- دانشجو وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - دفتر مشاور وزیر در امور زنان (\* نویسنده مسوول)،

soodabeh\_tayeri@yahoo.com

جدول ۱: نتایج ضریب وزنی کلیه شاخص‌ها (سطح اول و دوم) براساس روش میانگین حسابی

| عوامل موثر بر سلامت زنان              | نظرات خبره‌ها |      |      |      |      | جمع وزنی |
|---------------------------------------|---------------|------|------|------|------|----------|
|                                       | ۱             | ۲    | ۳    | ۴    | ۵    |          |
| <b>سطح فردی</b>                       |               |      |      |      |      |          |
| شیوه زندگی                            | ۰.۲۵          | ۰.۷۱ | ۰.۴۸ | ۰.۷۶ | ۰.۵۸ | ۰.۵۵۶    |
| وضعیت توانمندی                        | ۰.۵           | ۰.۱۴ | ۰.۳۳ | ۰.۱۵ | ۰.۳۷ | ۰.۲۹۸    |
| وضعیت زیست‌شناختی                     | ۰.۲۵          | ۰.۱۵ | ۰.۱۹ | ۰.۰۸ | ۰.۰۶ | ۰.۱۴۶    |
| <b>سطح خانواده</b>                    |               |      |      |      |      |          |
| روابط خانوادگی                        | ۰.۴           | ۰.۴۵ | ۰.۳۳ | ۰.۶  | ۰.۳۷ | ۰.۴۳     |
| حقوق و مسؤولیت‌های خانوادگی           | ۰.۲           | ۰.۰۹ | ۰.۳۳ | ۰.۲  | ۰.۱۴ | ۰.۱۹۲    |
| حمایت خانوادگی                        | ۰.۴           | ۰.۴۵ | ۰.۳۳ | ۰.۲  | ۰.۴۹ | ۰.۳۷۴    |
| <b>سطح اجتماع</b>                     |               |      |      |      |      |          |
| شرایط ملی، منطقه‌ای و جهانی           | ۰.۱۴          | ۰.۴  | ۰.۵  | ۰.۵۳ | ۰.۰۷ | ۰.۳۲۸    |
| سیاست‌ها و ساختارها                   | ۰.۲۷          | ۰.۱۷ | ۰.۳  | ۰.۰۸ | ۰.۱۸ | ۰.۲      |
| شرایط زندگی و کار                     | ۰.۴۵          | ۰.۱۳ | ۰.۱۵ | ۰.۲۶ | ۰.۴۶ | ۰.۲۹     |
| سرمایه اجتماعی                        | ۰.۱۴          | ۰.۳  | ۰.۰۶ | ۰.۱۳ | ۰.۲۸ | ۰.۱۸۲    |
| <b>دین و معنویت با تأکید بر اسلام</b> |               |      |      |      |      |          |
| باورها و اعتقادات (جهان‌بینی)         | ۰.۵۳          | ۰.۶۱ | ۰.۴۲ | ۰.۵۳ | ۰.۳۹ | ۰.۴۹۶    |
| ارزش‌ها                               | ۰.۱۲          | ۰.۱۲ | ۰.۲۳ | ۰.۲۶ | ۰.۲  | ۰.۱۸۶    |
| اخلاق                                 | ۰.۱۲          | ۰.۱  | ۰.۱۴ | ۰.۱۱ | ۰.۳۲ | ۰.۱۵۸    |
| سرمایه دینی معنوی در جامعه            | ۰.۲۳          | ۰.۱۷ | ۰.۲۱ | ۰.۱۱ | ۰.۰۹ | ۰.۱۶۲    |
| <b>کل</b>                             |               |      |      |      |      |          |
| فرد                                   | ۰.۴           | ۰.۵۹ | ۰.۴۷ | ۰.۶  | ۰.۳۴ | ۰.۴۸     |
| خانواده                               | ۰.۱۶          | ۰.۲۷ | ۰.۱۳ | ۰.۲  | ۰.۱۷ | ۰.۱۸۶    |
| زیر بنایی                             | ۰.۳۴          | ۰.۰۷ | ۰.۳۵ | ۰.۰۹ | ۰.۰۴ | ۰.۱۷۸    |
| اجتماع                                | ۰.۱           | ۰.۰۷ | ۰.۰۵ | ۰.۱۲ | ۰.۴۶ | ۰.۱۶     |

تصمیم‌گیری که مربوط به شیوه مدیریت سلامت بود؛ مدیریت مشارکتی و توأم بخش‌های دولتی و غیردولتی بالاترین وزن و اولویت اول را داشت.

در سطح اول تصمیم‌گیری که مربوط به روش‌های مداخله ارتقای سلامت زنان بود، با استفاده از هر دو روش محاسبه هندسی و حسابی، روش رویکرد چند تخصصی و توأم با بیشترین وزن در اولویت اول و در سطح دوم

## بحث

برای تصمیم‌گیری، سیاست‌گذاری، طراحی مداخلات و برنامه‌ریزی‌های عملیاتی قرار دارند که می‌بایست با رویکرد مداخله، برنامه‌ریزی و تصمیم‌گیری چند تخصصی و مشارکت هم‌زمان دستگاه‌های دولتی و غیردولتی برنامه‌ریزی و اجرا شوند.

بنابراین، جریان سازی عدالت جنسیتی در طراحی سیاست‌ها، تصمیم‌گیری اقتصادی، اجتماعی، سیاستی و حاکمیتی، فرهنگی و نظام سلامت، با توجه به نیازهای متفاوت زنان در چرخه زندگی، برای ارتقای توانایی‌های آنان، به جای تمرکز بر ضعف و آسیب‌پذیری آنان می‌تواند به تامین هدف حفظ و ارتقاء سلامت زنان بیانجامد. از محدودیت‌های این مطالعه به محدود بودن تعداد خبرگان به ۵ نفر می‌توان اشاره نمود. انجام مطالعات تطبیقی تحلیل سلسله مراتبی عوامل مؤثر و شیوه‌های مدیریتی سلامت زنان برای پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌گردد.

## تشکر و قدردانی

این مقاله بخشی از پایان‌نامه دوره عالی بهداشت عمومی (Master of Public Health, MPH) هم‌سطح کارشناسی ارشد، با عنوان "طراحی مدل سلسله مراتبی عوامل مؤثر بر سلامت زنان" مصوب دانشگاه علوم پزشکی ایران در سال می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از اساتید همکاران دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران تشکر و قدردانی نمایند.

در این مطالعه که با هدف اولویت‌بندی عوامل مؤثر و راهکارهای ارتقای سلامت زنان، ارائه مدل تصمیم‌گیری و انتخاب بهترین گزینه برای سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان نظام سلامت صورت گرفت، نتایج ضریب وزنی نظرات خبره‌ها برای کلیه شاخص‌ها در سطح اول و دوم نشان داد از بین عوامل چهارگانه اصلی؛ عوامل فردی و زیرگروه شیوه زندگی، با بیشترین وزن در اولویت اول، عوامل خانوادگی و زیرگروه روابط خانوادگی در اولویت دوم، عوامل زیربنایی و زیرگروه بارورها و اعتقادات در اولویت سوم قرار دارند. در حالی که در مدل فرمهر چهار عامل اصلی تأثیرگذار بر سلامت زنان به ترتیب شامل عوامل فردی، خانوادگی، اجتماعی و زیر بنایی بوده و عامل دین و معنویت با تأکید بر اسلام (زیربنا) به عنوان محور پایه‌ای برای سه عامل دیگر قرار گرفته و از رتبه‌بندی خارج شده است (۲). در مطالعه رضایی نیز تنها سه عامل فرد و خانواده و اجتماع عوامل اصلی بیان شده‌اند (۴).

نتایج این مطالعه، درست عکس مطالعه Bhatti و Hamilton است که عوامل اصلی مؤثر بر سلامت زنان را، به ترتیب اجتماع، خانواده و بعد فردی دانسته‌اند (۵). این تفاوت می‌تواند ناشی از تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی باشد.

بر اساس نتایج مطالعه، برای ارتقاء سلامت زنان، عامل فرد و زیرگروه‌های آن با اولویت شیوه زندگی، در اولویت اول؛ عامل خانواده با اولویت روابط خانوادگی از بین عوامل زیرگروه، در مرتبه دوم؛ و عوامل زیربنایی و اجتماعی در رتبه سوم و چهارم

## References

- Ahmadi B, Farzadi F, Alimohammadian M. Women's health in Iran: issues and challenges. Payesh. 2012; 11 (1):127-137.
- Ahmadi B, Farzadi F, Dejman M, Vameghi M, Mohammadi F, Mohtashami B, et al . Farmehr Model: Iranian Women's Health Conceptual Framework . Hakim Health Sys Res. 2014; 16 (4) :337-348.
- Masoodnia E. Medical Scicology Iran: Tehran Univesity, 2011.
- Rezaee N, Salsali M, Jahantigh M. Identification of women's health dimensions: a review on qualitative studies. Iranian Journal of Nursing Research. 2015;10(3):118-30.
- Hamilton N, Bhatti T. Population Health Promotion: An Integrated Model of Population Health and Health Promotion. Canada: Health Promotion Development Division, October 1995.

## Prioritizing Factors Affecting Women's Health and Ways to Promote: Using the Hierarchical Analysis Process

Masoumeh Erfani Khanghahi<sup>1</sup>, Soudabeh Tayeri<sup>2</sup>

Submitted: 2018.9.16

Accepted: 2019.3.5

### Abstract

**Background:** Women's health has a broad concept that various biological, social, political, economic and environmental factors affect it. This study aimed to prioritize the factors affecting women's health promotion, provide a model for decision making and choose the best option for decision makers and health system planners to achieve the goal of promoting women's health.

**Materials and Methods:** In this descriptive-analytical study, the factors affecting women's health were extracted based on theoretical background and Farmehr's conceptual model. Then, the points of view of five women's health experts on the criteria and options of the model were collected and analyzed using paired comparison tables and Likert measure, and analyzed according to the hierarchical decision-making process. After analyzing the experts' opinion individually, two methods of computing the geometric meanings and the experts' opinions were combined and the priorities were determined based on group views. The Excel software was utilized to perform the calculations.

**Results:** Among the four main factors, priorities included the individual factors (subcategory of lifestyle), family factors (family relationships) and underlying factors (attitudes and beliefs). In the first level of decision making related to intervention methods in women's health promotion, the multidisciplinary approach was determined; and in the second level of decision-making related to health management, the partnership of governmental and nongovernmental organizations established in the first priority.

**Conclusion:** Based on study results, designing and planning interventions with the prioritization of individual, family and infrastructure factors using multi-disciplinary approach and participation of governmental and nongovernmental organizations for promoting women's health are recommended.

**Keywords:** Women's Health, Health Management, Analytical Hierarchy Process

1- Assistant professor Department of Educational management, Faculty of management & Accounting, Yadegar-e-Imam Khomeini (RAH), Shahre Rey branch, Islamic azad university, Tehran, Iran - - Department of Educational management, Faculty of management & Accounting, Yadegar-e-Imam Khomeini (RAH), Shahre Rey branch, Islamic azad university, Tehran, Iran - afsaneerfani@gmail.com

2- student ministry of health and medical education - ministry of health and medical education - soudabeh\_tayeri@yahoo.com